Rok XXXIV. Kraków 5. Października 1895 r. Nr. 40.

Redakcya: przy ulicy Szczepańskiej Nr. 3, Telefonu Nr. 108.

Administracya: Szpital św. Ludwika, przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Kryżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Pères.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Kryżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowitz 137. Clinton and 130, Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Rocznie: | w Austryi 8 złr. 80 ct. | w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr. | w Niemczech 14 mk. | we Francyi 24 fr. |
| Półrocznie: | „ 4 „ 40 „ | „ „ „ „ 3 „ | „ 7 „ | „ 12 „ |
| Kwartalnie: | „ 2 „ 20 „ | „ „ „ „ $1^1/_2$ „ | „ $3^1/_2$ „ | „ 6 „ |

TREŚĆ: I. KOŚMIŃSKI: Przypadek ostrego nadmiaru potoku (*hydramnios acutus*) leczony przez punkcyę macicy (dokończenie). — II. ZIEMACKI: Leczenie zapalenia gruźliczego kości i stawów wstrzykiwaniami pod okostnę 10% roztworu chlorku cynku według metody Launelonguea (dokończenie). — III. MISIEWICZ: Kilka uwag o stosowaniu mechanoterapii w chorobach jamy miednicy i narządów moczopłciowych męzkich. — IV. *Oceny i sprawozdania.* ROSNER i ŚWITALSKI: Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4 (ciąg dalszy). — *Choroby zakaźne.* REISS: O zmianach we krwi w przebiegu kiły ze względu na terapię. — FILATOW, KUTKOW i KIEWIEŻIN: Pierwszych 100 przypadków błonicy, leczonych surowicą w moskiewskiej klinice dziecięcej. *Choroby wewnętrzne.* Cynk w niedokrewności. — *Psychiatrya.* NÄCKE: Wyskok w zakładach dla obłąkanych. — *Zapiski terapeutyczne.* 119. J. COMBY: Największe dawki niektórych dzielnych (*actifs*) leków dla dzieci. — 120. ROBIN: Leczenie bólów nerwowych w przebiegu moczówki cukrowej. — V. *Wiadomości bieżące.* — VI. *Ogłoszenia.*

## I. Z oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

## Przypadek ostrego nadmiaru potoku (*hydramnios acutus*) leczony przez punkcyę macicy.

Napisał

**Dr. Franciszek Kośmiński,**

sekundaryusz oddziału.

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

Około godziny 3-ciej po południu, to jest w 4 godziny po punkcyi, chora miała się zupełnie dobrze; duszność bardzo mała, liczba oddechów wynosiła 20 do 22, ciepłota nie podniesiona, 36·8° C., tętno dobrze napięte, tylko nieco przyśpieszone 98. Chora nie skarżyła się ani na bóle w krzyżach, ani też na ściągania dołem w brzuchu; ściągań też ani skurczów macicy nie zauważono żadnych. W godzinę później, bo około 4-tej po południu, uczuła chora nagle jeden silny ból w krzyżach i dołem, w pięć minut później dostała drugiego silnego, partego bólu, podczas którego wśród prawdziwego potoku wód urodziła jeden za drugiem, małe niedonoszone bliźniaczki płci męzkiej, zupełnie prawidłowo rozwinięte. Po wydaleniu płodów macica pomimo okładów lodowych i nacierania kurczyła się bardzo leniwie, krwawienia znaczniejszego jednak początkowo nie było; dopiero w godzinę po urodzeniu się płodów wystąpił początkowo mały, potem zaś coraz większy krwotok. Wydobyto wtedy ręcznie popłód, podano wewnętrznie sporą dawkę wyciągu sporyszu a gdy krwawienie nie ustawało, macica zaś wiotka, miękka prawie, dokładnie ograniczyć się nie dająca wcale nie jędrniała, natarto energicznie macicę ręką zewnętrzną, trzymając drugą rękę w pięść złożoną w jamie macicy, poczem dopiero macica skurczyła się nieźle i krwawienie ustało. Ilość wód płodowych, które wśród porodu odeszły, była z wszelką pewnością przeszło dwa razy większą od ilości, którą wypuszczono przez punkcyę, a więc wynosiła przynajmniej około dziesięciu litrów. W przypadku tym przeto cała ilość wód płodowych dochodziła do piętnastu litrów.

Z bliźniaków pierwszy lepiej rozwinięty, urodzony w położeniu czaszkowem pierwszem, przez kilka minut dawał jeszcze znaki życia; drugi urodzony w położeniu czaszkowem drugiem, obumarł prawdopodobnie na kilka dni przed porodem, powierzchowne bowiem warstwy skóry, na brzuchu i tułowiu rozmiękłe, odchodziły płatami, okazując wyraźną maceracyę. Lepiej rozwinięty płód ważył około 900 grm. i był na 33 cm. długi; płód mniejszy nieżywo urodzony ważył nie całe 700 gramów, długość zaś ciała jego wynosiła 29 cm. Badanie anatomo-patologiczne zwłok obu noworodków nie wykazało zmian w narządach wewnętrznych.

Łożysko jedno, wspólne, dość duże, lecz cienkie; błony płodowe wszystkie, również wspólne, tworzyły jeden worek bez żadnej przegrody. Pępowina płodu większego odchodziła od środka łożyska; pępowina płodu mniejszego rozgałęziała się wśród błon (*insertio velamentosa*) i tą okolicznością tłómaczyć można śmierć płodu drugiego. A mianowicie póki parcie wewnątrz macicy skutkiem nadmiernej ilości wód płodowych nie było zbyt wielkiem, krew w naczyniach pępowiny, rozgałęziającej się w błonach mogła krążyć swobodnie; z chwilą jednak, gdy parcie wewnątrz macicy stało się większem, aniżeli parcie w naczyniach krwionośnych tejże pępowiny, krążenie krwi skutkiem uciśnięcia tychże naczyń do ściany macicy stało się niedostatecznem a wreszcie nie możliwem, sprowadzając śmierć właściwego płodu.

Dla przekonania się o stosunku obu powiatów łożyska dla jednego i dla drugiego płodu, nastrzykano łożysko powietrzem najpierw przez żyłę pępowiny, odchodzącej od środka łożyska i nastrzykano prawie całe łożysko, które stało się grubszem, wydęło się i przybrało barwę różową; tylko sam brzeg na 3 cm. szeroki a około 15 cm. długi od strony przyczepienia się pępowiny drugiej był zapadły i ciemno zabarwiony. Po 12 godzinach, gdy łożysko przybrało barwę szarowiśniową w całości, nastrzykano je przez żyłę pępowiny rozgałęziającej się w błonach; wtedy nastrzykano cały brzeg łożyska, który poprzód nie był nastrzykanym, a oprócz tego nastrzykanym został obszar podłużny wielkości około półtora talara, leżący więcej środka łożyska w miejscu, w którem łożysko niejako się zagłębiało, było cieńszem od otoczenia, obszar, który już poprzód przez żyłę pierwszej pępowiny był nastrzykanym. Obszar ten zatem wielkości półtora talara był wspólnym dla krążenia obu płodów.

Połóg przebiegał u chorej bez zaburzeń. Rankę po punkcyi opatrywano co trzeci dzień antyseptycznie. Już w kilka dni po porodzie ustąpiły obrzęki kończyn dolnych; w moczu białka nie było. Macica zwijała się dość szybko; bezpośrednio po porodzie sięgała dnem do pępka, w siódmym zaś dniu po porodzie sięgała do połowy odległości pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowem.

W dniu 14-tym Września osoba ta na własne żądanie opuściła oddział.

Przypadek ten z powodu bardzo szybkiego powstania i przebiegu zaliczyć musimy do rzędu tych, które autorowie francuscy (Charpentier) nazwali *hydramnios acutus*. Jak już powyżej przytoczono, cierpienie to występuje przedewszystkiem w ciąży bliźniaczej z jednego jajka rozwijającej się.

Jeżeli w przypadkach takich za pomocą nastrzykania przez naczynia pępowinowe będziemy się starać w takiem łożysku bliźniaczem odgraniczyć od siebie powiaty, do każdego płodu z osobna należące, to przekonamy się, że na granicy obu powiatów znajduje się zwykle większy lub mniejszy obszar, który tak dobrze przez naczynia pępowinowe jednego, jakoteż i drugiego płodu nastrzykanym być może, a zatem obszar ten jest obszarem wspólnym, tak jak to było w naszym przypadku.

Według Schatza połączenie to odbywa się w ten sposób, że tętnica jednego płodu rozgałęzia się i kończy naczyniami włosowatemi, które łączą się następnie w żyłę należącą do krążenia płodu drugiego. W ten sposób krew płodu jednego może niejako przelewać się do obiegu krwi płodu drugiego. Otóż Schatz powstawanie takiego *hydramnios acutus* tłómaczy w ten sposób, że drogą tego wspólnego obszaru łożyskowego jeden płód przelewa więcej krwi do żylnego krwi obiegu drugiego płodu, aniżeli ten drugi oddaje. do żylnego obiegu krwi pierwszego płodu. Skutkiem tego następuje przerost serca płodu tego, który otrzymuje więcej krwi a jego nerki wydzielają więcej moczu, aniżeli w prawidłowych stosunkach. Który zaś z płodów otrzymuje więcej a który więcej krwi oddaje, to zależy od stosunków krążenia w tym wspólnym obszarze. I tak suma przekrojów odpowiednich naczyń krwionośnych jednego, może być znacznie większą od sumy przekrojów naczyń drugiego płodu, lub też drogi, któremi krew udaje się ze wspólnego lub do obszaru, mogą być różnej długości; jednego płodu naczynia biegną wprost, drugiego zaś mogą okrążać większe lub mniejsze przestrzenie, aby dojść do takiego samego miejsca.

Küstner tłómaczy sposób powstawania *hydramnios* w ciąży bliźniaczej, z jednego jajka rozwijającej się w sposób odmienny, a mianowicie sposób powstawania i miejsce, w którem się łożysko rozwija, zwykle bywa korzystniejszem dla rozwoju jednego płodu, aniżeli dla płodu drugiego, czy to skutkiem niejednakiego rozwoju w samych początkach jaja płodowego, czy też z powodu, iż przebieg naczyń pępowinowych jednego płodu jest prostym, na krótkiej drodze, gdy naczynia drugiego opisują dłuższą drogę, jak to n. p. bywa w razie rozgałęziania się naczyń w błonach płodowych (*insertio velamentosa*). Pomimo, że czynność serca jednego płodu jest tak samo wydatną, jak płodu drugiego, jednak z powodu łatwiejszego odpływu większa ilość krwi ze wspólnego obszaru łożyskowego będzie dostawać się przez żyły do płodu z przyczepieniem pępowiny łożyskowem, aniżeli do drugiego a na odwrót dopływ krwi płodu przez tętnice pępkowe do łożyska będzie łatwiejszym, a więc i obfitszym dla płodu pierwszego, aniżeli dla drugiego. Skutkiem tego po pewnym czasie płód pierwszy rozwinie się lepiej a więc i czynność jego serca w porównaniu z czynnością serca drugiego płodu będzie wydatniejszą. Następstwem tej silniejszej czynności serca płodu pierwszego będzie przerost serca sprawiający większe wydzielanie się moczu. Gdy jednak ciągle wzmagającej się pracy serce przerosłe nie będzie już w stanie pokonać, występuje względna niedomoga serca, z następowym zastojem i zwiększeniem się parcia w naczyniach żylnych, co prowadzi do obrzęku i zwiększenia się transsudacyi. Wreszcie skutkiem długiego przekrwienia biernego wątroby rozwija się marskość wątroby (*cirrhosis hepatis*), przez co parcie w zakresie żyły pępkowej jeszcze się zwiększy, sprawiając jeszcze większą transsudacyę.

Oprócz tych, należy wspomnieć tutaj o teoryi Wertha, który przypuszcza, że przyczyną *hydramnios* są zmiany w przybłonku kosmków łożyska, które, zdaniem jego, mają wtedy podobnie, jak przybłonek wyścielający gruczoły, wydzielać większą ilość płynu z obiegu krwi matki do naczyń płodowych.

Sallinger podaje za przyczynę *hydramnios* w swoim przypadku uciśnięcie żyły pępkowej w pierścieniu pępkowym, Nieberding zaś uważa zwężenie przewodu Botalla za przyczynę *hydramnios;* zwężenie bowiem przewodu tego utrudnia odpływ krwi z żyły czczej (*vena cava*) do tętnic, skutkiem czego powstaje zastój w naczyniach żylnych, co prowadzi do roboczego przerostu serca.

Najlepiej tłómaczy powstawanie takiego *hydramnios acutus* teorya Küstnera, który nie przypuszcza przedtem z góry żadnych zmian oprócz nierównych stosunków w krążeniu krwi łożyskowem obu płodów tak, jak to było w naszym przypadku. W każdym razie są to tylko teorye i przypuszczenia, których dotychczas nie udowodniono.

W powyżej opisanym przypadku nie udało się utrzymać ciąży, czy to z powodu obumarcia jednego z płodów, czy też z powodu nagłej zmiany w parciu śródmacicznem, która powstała po punkcyi, czy też obu tych czynników razem. W każdym razie sądzę, iż obumarcie płodu było w tym przypadku okolicznością zagrażającą przerwaniem ciąży, przyczyną zaś bezpośrednią, która wywołała czynność porodową, była punkcya macicy, względnie bardzo znaczna, bo 4500 cm.$^3$ wynosząca ilość wypuszczonej na raz wody płodowej; do wypuszczenia zaś tej ilości wód zmuszeni zostaliśmy stanem chorej, gdyż dopiero wtedy duszność zmniejszyła się a napięcie w jamie brzusznej zwolniało. Wypuszczenie mniejszej ilości wód płodowych w naszym przypadku nie miałoby racyi, gdyż nie zmniejszyłoby wcale groźnych przypadów u matki. Być może, iż punkcya macicy znacznie wcześniejsza w podobnych przypadkach dałaby lepsze wyniki, gdyż wtedy możnaby systematycznie wypuszczać niezbyt wielką ilość wód płodowych na raz, skutkiem czego mniejszą lubo nagłą różnicę w napięciu śródmacicznem mogłaby macica znieść łatwiej bez znaczniejszego odczynu. W każdym razie przypadek nasz wraz z innymi, znanymi w piśmiennictwie, w których wykonywano punkcyę macicy z powodu pomyłek rozpoznawczych, dowodzi, że punkcyą macicy można w przypadkach takich wykonywać bez szkody, zamiast dotychczas powszechnie używanego przebicia pęcherza płodowego przez

szyję macicy. Skutkiem tego w odpowiednich przypadkach *hydramnios acutus* nie będziemy koniecznie z góry zmuszeni tracić wszelkiej nadziei utrzymania ciąży i ratowania życia płodów.

---

## II. Leczenie zapalenia gruźliczego kości i stawów wstrzykiwaniami pod okostnę 10% roztworu chlorku cynku według metody Lannelonguea.

Podał

**Dr. Józef Ziemacki,**

docent chirurgii w uniwersytecie charkowskim.

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

---

6) Wstrzykiwać należy naokół ognisk zapalnych. I to stanowi charakterystyczną cechę wstrzykiwań. Są to wstrzykiwania obwodowe. W zapaleniu jednej kości z osobna jestto rzecz nietrudna, jak również w tych formach zapaleń stawów, które biorą początek z ognisk gruźliczych w nasadach (epifizach) kości. Wtedy bowiem otaczamy ognisko gruźlicze całym wianuszkiem przekłuć igłą i zazwyczaj wystarczają jedno lub dwa posiedzenia, ażeby zapanować nad zapaleniem. Inna rzecz, jeśli mamy do czynienia z rozlanem, gruźliczem zapaleniem większego stawu. Wtedy stosunki anatomiczne są trudniejsze i nic dziwnego, że w takich razach potrzeba 5 do 6 posiedzeń a czasem i więcej, do osiągnięcia pożądanego rezultatu. Jednak i tutaj rezultaty są tak zachęcające, że przejmują prawdziwem zdumieniem. Potrzeba tylko uważnie i bardzo ostrożnie wstrzykiwać w miejsca przymocowania torebki stawowej do kości i otoczyć cały staw wiankiem wstrzyknięć.

Przy określaniu punktów do wstrzyknięcia najlepiej powodować się wskazówkami samego chorego. Przed posiedzeniem należy wybadać za pomocą lekkiego ucisku najdotkliwsze miejsca. Ucisk powinien być lekki. Chory zazwyczaj ściśle oznacza najboleśniejsze punkty. Miejsca te oznaczam ołówkiem (dermografem).

7) Przy injekcyach potrzeba pamiętać o nerwach, żyłach i tętnicach, otaczających staw, aby ich nie nakłuć!

8) Co się zaś tyczy techniki wstrzyknięcia chlorku cynku w rozmaite stawy z osobna, to odsyłam ciekawego do oryginału. Dzisiaj to zbytnieby powiększyło zupełnie niepotrzebnie i tak już zbyt długi artykuł. Powiem tylko, że sam stosowałem w kilku przypadkach *coxitis*, *arthrophlogosis humeri* i *cubiti* a u Mauclairea znajdujemy przypadki stosowania wstrzykiwań nawet w *spondylitis tuberculosa*.

Ciekawą jest bardzo rzeczą, w jaki sposób objaśnić takie działanie chlorku cynku na gruźliczo zapaloną tkankę?

Lannelongue podaje taką teoryę, na którą nie zupełnie można się zgodzić. Chlorek cynku podług niego wywołuje natychmiast po wstrzyknięciu silną emigracyą białych ciałek krwi. Już po dwu dniach tkanka łączna, w którą wstrzyknięto chlorek cynku, przedstawia znaczną hiperplazyą. Z miękkiej i elastycznej staje się twardą i sztywną. Wiotka ziarnina, która tak cechuje gruzełek, przeradza się w ścisłą tkankę łączną. Przez obwodowe (czyli okalające) okłucie naokół ogniska gruźliczego powstaje prawdziwy wał z twardej tkanki łącznej, która bardzo się różni od zwyczajnej tkanki łącznej. W nowoutworzonej pod wpływem cynku, bliznowatej tkance łącznej widzimy zmniejszenie się liczby i zwężenie naczyń limfatycznych. A naczynia limfatyczne w gruźlicy wielką odgrywają rolę w rozprzestrzenianiu się ziarniny i gruzełków. Przez wstrzykiwania obwodowe podług teoryi Lannelonguea tworzymy zaporę ochronną naokół ogniska choroby. Zaporę ochronną tworzy nowoutworzona, stwardniała tkanka łączna. Objaw wytworzenia tej tkanki stwardniałej, t. j. zrogowaciałej daje nazwę całej metodzie: *méthode sclérogène*.

Mnie się zdaje, że pomimo znaczenia tej metody przez stwardnienie, wstrzykiwania chlorku cynku działają przeważnie antyseptycznie, t. j. zabójczo na prątki gruźlicze; działanie bowiem tego środka nie ogranicza się tylko do małej okolicy wstrzyknięcia, ale rozszerza się na całe sąsiedztwo.

Jakkolwiek bądź dotychczas nie możemy pochwalić się, abyśmy dobrze rozumieli działanie chlorku cynku na zapalenia gruźlicze, to nie powinniśmy jednak odrzucać tej metody, rzecz bowiem niewątpliwa, że ona działa znakomicie.

Przeciwwskazań przeciw użyciu tej metody Lannelongue nie uznaje. Jedynem przeciwwskazaniem ma być tylko nadmierne osłabienie chorego. W takich razach należy przedsiębrać amputacyą. Ja jestem nieco odmiennego zdania. Podług mnie zapalenia gruźlicze, które przeszły już w ropienie, nie bardzo nadają się do leczenia tą metodą. Szczególniej w tych przypadkach, gdzie ostry okres przeszedł a mamy do czynienia z przetokami, które prowadzą albo do odsłon (sekwestrów), albo do jamy w kości, albo do jakiego ogniska zserzałego. W takich razach potrzebna jest artrektomia lub resekcya częściowa stawu, wyskrobanie łyżeczką przetoki, jamy i t. d.

Gdy istnieje gruźlicze zapalenie kości lub stawu w postaci niewielkiego ogniska a od tego ogniska idzie ropień zimny (*abscessus frigidus, congestivus*), to przedewszystkiem należy ów ropień opróżnić, wypłukać i wtedy dopiero wstrzykiwać chlorek cynku naokół samego ogniska. Lannelongue opróżnia ropień trójgrańcem; jamę ropnia dawniej przepłukiwał sublimatem (1:1000), obecnie przepłukuje tylko wodą destylowaną. W wielu przypadkach i ja trzymałem się tego przepisu; w ostatnich czasach zmieniłem jednak sposób leczenia. Wypuszczam ropę trójgrańcem; jeśli jest gęsta i zawiera masy zserzałe, to przemywam roztworem karbolu, albo sublimatu a na zakończenie wlewam mięszankę jodoformu w glicerynie (1:10) od 10·0 do 75·0. Mnie wydawało się, że taka kombinacya metody Lannelonguea ze sposobem Mikulicza okazała lepsze działanie.

W przeciągu trzech lat, od 1892. do 1895 r. leczyłem tą metodą około 40 przypadków. Pomiędzy niemi były bardzo ciężkie porażenia stawu biodrowego, łokciowego, kolanowego. Bezwarunkowo we wszystkich przypadkach otrzymywałem chwilowe polepszenie. Nie we wszystkich można było powstrzymać rozwój choroby i w wielu przypadkach trzeba było uciekać się do resekcyi stawu, otwierania ognisk i t. d. Nie trzeba też bynajmniej pojmować metody Lannelonguea tak, jakby ona mogła zapobiedz resekcyi stawów i artrektomii. Podług mnie szerokie pole dla tej metody stanowić powinny właśnie te przypadki, w których nie ma mowy jeszcze o resekcyi stawu a więc wszystkie przypadki gruźliczego zapalenia kości i stawów w początkowym okresie. I w takiej chwili metoda ta daje bardzo dobre wyniki. Z tych 40 przypadków miałem 17 przypadków gruźlicy kości w po-

czątkach cierpienia. Odrzucając 5 przypadków, w których rezultat leczenia jest niewiadomy, gdyż chorzy usunęli się z pod obserwacyi, pozostaje 12 przypadków zupełnie wyleczonych jedynie wstrzykiwaniami Lannelonguea; pomiędzy niemi: 1 przypadek zapalenia stawu biodrowego (*coxitis*), 4 przypadki *arthrophlogosis genu*, 3 *arthrophlogosis talo-tibialis*, 1 *osteitis metacarpi*, 1 *osteitis carpo-radialis*, 1 *osteitis ossis cuboidei* i 1 *osteitis navicularis et tali*.

W ostatnim roku zacząłem kombinować metodę Lannelonguea z metodą Biera. Bier, jak wiadomo, zaproponował leczyć gruźlicę kości i stawów za pomocą przekrwienia peryodycznie powtarzanego (*Stauungshyperaemie*). W tym celu nawięzuje choremu powyżej ogniska choroby opaskę elastyczną, gumową. Ucisk, przez nią wywołany, powinien powstrzymywać odpływ krwi żylnej, nie przeszkadzając dopływowi krwi tętniczej. Powtarzać należy tę manipulacyą co dzień po kilka godzin. W ostatnich moich przypadkach skombinowałem Biera z Lannelonguem. Wyniki okazały się bardzo dobre. Takie peryodyczne, bierne przekrwienie w kończynach jest bardzo pożyteczne po wstrzykiwaniach chlorku cynku. Od Stycznia b. r. leczyłem w ten sposób 4 przypadki gruźlicy stawów w dolnej kończynie i, o ile mogę przypuszczać, wyleczenie będzie trwałe.

Bądź co bądź, czy będziemy używać samej tylko metody Lannelonguea, czy może zechcemy ją skombinować z jaką inną, fakt pozostanie faktem, że warto większą uwagę zwrócić na ten sposób.

Prostota i łatwość operowania są to już dwa wielkie względy praktyczne, których lekceważyć nie można. One pozwolą każdemu lekarzowi praktycznemu, przy pewnej znajomości anatomii stawów, przeprowadzić leczenie wstrzykiwaniami chlorku cynku. A dotychczasowe bardzo pomyślne wyniki niechaj posłużą za zachętę do większego jej rozpowszechnienia. Metoda Lannelonguea zasługuje na gorące poparcie!

Czerwiec, 1895 r.

---

III.

## KILKA UWAG
## o stosowaniu mechanoterapii w chorobach jamy miednicy i narządów moczopłciowych mezkich.

Podał

**M. Misiewicz** w Warszawie.

Glax, Klemensiewicz i Landerer wykazali w swej pracy: *Beiträge zur Lehre von der Entzündung*, iż w środku tkanek i ognisk zapalnych tak mocno wypełniają się wysiękiem przestrzenie chłonne, że naczynia odwodzące i drogi chłonne, wskutek przygniecenia, działają wadliwie i niedostatecznie. Wszelka więc interwencya mechaniczna, jak: miesienie, ucisk i gniecenie tego miejsca sprawiać będzie jeszcze większe utrudnienie obiegu krwi. Zupełnie rzecz się inaczej przedstawia na obwodzie, w miejscach oddalonych od ognisk zapalnych. Tam bowiem czynność naczyń, bądź krwionośnych, bądź chłonnych zachowana jest jeszcze w zupełności. W sprawach przewlekłych wysięk usuniętym wprawdzie zostaje za pomocą resorpcyi, lecz mimo to równowaga zupełna między tkankami a płynami, krążącymi w naczyniach, nie wraca w zupełności.

Z tych uwag wysnuć należy wniosek, iż we wszystkich prawie sprawach chorobowych pochodzenia zapalnego należy zacząć od stósowania wszelkich mechanicznych czynników, a więc i mięsienia, nie na samem ognisku zapalnem, lecz na jego obwodzie i dopiero, w miarę poprawy, posuwać się ku środkowi, słowem, iż należy zaczynać przedewszystkiem od t. zw. mięsienia obocznego.

Powtóre, Le Fort i Valtat dowiedli, że nie tylko w kończynach, ale i w jamie brzusznej wszelkie sprawy zapalne prowadzą do zaniku sąsiednich grup mięśniowych. Najwyraźniej przekonano się o zaniku mięśni pośladkowych w zapaleniach stawu biodrowego, m. czworogłowego w zapaleniu kolana, mm. *tibialis antici*, *peronei* w zajęciu stopy. Podobny zanik spostrzegał Valtat i w m prostym brzucha, krokowych i przeponowym w sprawach jamy brzusznej. Wskutek zmian w unaczynieniu i krążeniu limfy, komórki mięśniowe podlegają zwyrodnieniu tłuszczowemu a z czasem i zanikowi.

Z tego więc łatwo zrozumieć, iż w mięsieniu obocznem należy pilną zwracać uwagę na sąsiednią muskulaturę i na otworzenie dróg limfatycznych, któremi wyprowadzić zamierzamy resztki wysięku zapalnego.

Ażeby otworzyć drogi limfatyczne, wyszukujemy i zakreślamy, o ile można, jak najściślejsze granice danego ogniska i stósujemy mięsienie na jego brzegu, lub na granicy sąsiednich tkanek zdrowych. Rękoczyn sam polega na objęciu jedną lub obydwiema rękami chorego odcinka tułowia i dośrodkowem pocieraniu dłonią i sprychowym brzegiem ręki, z pewnym umiarkowanym naciskiem w miejscach odpowiadających naczyniom żylnym i limfatycznym. Pewien obrzęk tych naczyń wskazuje na zmniejszenie się ucisku wysiękowego i na możność przyjęcia i wprowadzenia w obrot produktów chorobowych. Wtedy przystąpić już można do właściwego mięsienia.

Do obocznego mięsienia należą 4 rękoczyny, to jest 1) *effleurage* okolicy lędźwiowej, 2) *effleurage* okolicy krzyżowej, 3) postępowe ugniatanie i *petrisage* mięśni krzyża i lędźwi, 4) opukiwanie (*Muskelhacken* Metzgera) mięśni krzyża i kości krzyżowej, bądź brzegiem sprychowym obydwóch dłoni, bądź dłonią złożoną *à l'air comprimé*.

Właściwy masaż brzucha i podbrzusza składa się z bardzo wielu rękoczynów, w różnym celu stósowanych. Od czasów Linga, który zwracał całą uwagę na wzmocnienie muskulatury brzucha, zaszły wielkie zmiany. Ruchy czynne i gimnastyka ustąpiły naprzód miejsca ruchom biernym (Zander, Anders ze Sztokholmu) a potem mięsieniu narządów jamy brzusznej. Thure Brandt wykazał, iż pod wpływem pogładzania i pociągania po skórze podbrzusza włókna mięśniowe macicy kurczą się. Prochownick wykazał to samo dla innych narządów, opatrzonych we włókna mięsne, dla pęcherza, moczowodów oraz trzew. Łatwo zrozumieć, iż skurcze tych włókien mięsnych powstają na drodze odruchu.

Ale prócz tych objawów działa mięsienie i sposobem czysto mechanicznym, wydalając rozmiękły kał, oraz przyśpieszając wydzielanie soków trawiennych. Umiejętne zastósowanie biernych ruchów gimnastycznych, wykonanych po mięsieniu, znakomicie wzmacnia osiągnięte wyniki.

Dla odruchowego podrażnienia narządów podbrzusza kładę zwykle wskazujący, średni i obrączkowy palec prawej ręki na daną okolicę, dużym pal-

cem opieram się, tworząc z niego punkt oporu; resztą zaś palców pociągam w koło, zakreślam nimi koliste linie, starając się, by duży palec stanowił ich środek. Przekonałem się, że im delikatniej dotykać się palcami, tem silniejszym będzie ruch robaczkowy, a im silniej naciskać, tem mniej skutku w odruchach trzew. U osób nerwowych powstają czasami tak gwałtowne odruchy, iż rękoczynu zaprzestać jesteśmy zmuszeni.

Pośrednim rękoczynem między czysto odruchowemi a mechanicznemi są p o c i e r a n i a i u g n i a t a n i a k i s z k i ś l e p e j, o k r ę ż n i c y w s t ę p u j ą c e j, p ę c h e r z a i o d b y t n i c y; prócz wzmocnienia bowiem ruchów mięśni trzew przyśpieszamy wydalanie kału, wzmacniamy wydzielanie soków i ułatwiamy obieg krwi. W tym celu cztery palce prawej ręki przykładam do pachwiny w ten sposób, iż końce palców są zwrócone do *symphysis ossium pubis*, a położywszy palce lewej ręki na drugą falangę palców prawej dla wzmocnienia, pocieram i ugniatam nią po kiszce ślepej, w kierunku od dołu i zewnątrz do góry i na wewnątrz. Rękę powinno się przyłożyć równolegle do ścian brzucha a palców nie można wtłaczać, sprawia to bowiem ból i skurcz muskulatury, niszczący cały skutek mięsienia. Prócz zmiażdżenia kału i wydalenia go ku górze osiągamy też w e s s a n i e w y s i ę k ó w i z r o s t ó w z a p a l n y c h, tudzież wzmocnienie warstwy mięśniowej w kiszce ślepej, będącej często w stanie porażenia po *typhlitis stercoralis*.

Jest to p i e r w s z a c z ę ś ć rękoczynu, o którym mowa. W dalszym ciągu kładę rękę całą w kierunku pionowym na prawą okolicę podbrzusza, z palcami zwróconemi ku pępkowi a dłonią skierowaną ku *spina superior anterior dextra* i wykonywam całą dłonią ucisk po okrężnicy wstępującej, poprzecznej i zstępującej, starając się w tym obiegu ucisnąć i delikatnie uwięzić wątrobę między ręką a przeponą. Poczem przechodzi się po dolnym odcinku jelit cienkich i lekko rozciera pęcherz moczowy. Główny ucisk wywierają tu dłoń, brzuśce palców dużego i małego a punktami wytycznemi są kwadrat, ograniczony z dołu dwiema *spinae, superior anterior dextra et sinistra*, oraz dolny brzeg prawego i lewego dziesiątego żebra. Zabieg ten ma znaczenie dla narządów jamy miednicy, jako mięsienie oboczne.

D r u g i m a k t e m właściwego mięsienia narządów podbrzusza jest rękoczyn stosowany w okolicę *S. Romanum*, *rectum* i na dolny odcinek o k r ę ż n i c y z s t ę p u j ą c e j. Układ palców obydwóch rąk jest taki sam, jak przy mięsieniu kiszki ślepej, lecz końce palców winny być skierowane na zewnątrz i ku górze a ruchy rąk idą od zewnątrz i z góry, ku dołowi lewej jamy miednicy, przyczem w miarę zesuwania palców ku dołowi, wywierać należy coraz silniejszy nacisk pierwszą falangą palców prawej ręki. I tu pamiętać należy, aby palce leżały na pokrywach brzusznych nie pionowo, lecz poziomo. W niektórych postaciach zastoin kałowych i w *ileus* zagięcie esowate i odbytnica tak są przepełnione kałem, że przedewszystkiem rozmiażdżamy twardy kał najniższego odcinka zagięcia esowatego i uwalniamy go od treści, ująwszy w palce daną część trzew i wyciskając go w kierunku jamy małej miednicy.

Tam gdzie chodzi o u ł a t w i e n i e k r ą ż e n i a i w y d z i e l a n i a, stosujemy trzy następujące zabiegi:

P o p i e r w s z e rękę z odwiedzionym szeroko od dłoni paluchem kładziemy w poprzek brzucha pod pępkiem i ugniatamy go w kierunku poprzecznym tuż pod dolnym brzegiem wątroby. Chcąc zadziałać silniej, kładziemy obydwie ręce i ugniatamy przez środek brzucha palcami wskazującymi i paluchami tak, iż tworzy się fałd w pokrywach brzusznych. Wykonawszy ten rękoczyn, zwany przez Zabłudowskiego p r z e c i ę c i e m b r z u c h a (*Durchschneiden des Leibes mit einer Hand oder mit beiden Händen*) kończyły go kilkakrotnem ugniataniem nad i pod linią przecięcia za pomocą całej dłoni.

P o d r u g i e. Ugniatanie brzucha jest jednym z najważniejszych rękoczynów i polega na uciskaniu dłonią i dolnym końcem przedramienia całej ruchomej masy brzucha ku przodowi a następnie odsuwanie tejże masy ku tyłowi, co zupełnie przypomina ugniatanie dużego ciasta. Jeśli pokrywy brzuszne są zbyt grube i brzuch duży, wtedy asystent, stający z przeciwnej strony łóżka krzyżuje swą rękę z ręką operatora i wykonywa też same ruchy.

P o t r z e c i e. W y c i s k a n i e ś c i a n k i s z k i ś l e p e j, *S. Romanum*, o k r ę ż n i c y i p ę c h e r z a. Jest to jeden z najtrudniejszych zabiegów; należy go wykonywać nader ostrożnie i bez zbytniego zastosowania siły, wywołuje bowiem niezwłocznie skurcz mięśni brzucha, przyczem powłoki jego i uchwycone już narządy wyślizgują się z rąk. W takich razach podkładam wyciągnięte palce lewej ręki głęboko w pokrywy brzucha a prawą staram się naciągnąć je tak daleco, aby przynajmniej dwie falangi palców pierwszej ręki były pokryte i wtedy umocowane między obydwiema rękami narządy staram się masować i uciskać. W podobny sposób wykonywam i w a ł k o w a n i e narządów miednicy. Dopiero, gdy chory przywyknie do takich rękoczynów i ściany nie oddziaływają zbytnim odruchem, przystępuję do uchwycenia narządów, każdego osobno i właściwego wyciskania.

Po każdym z tych zabiegów wykonywać należy lekkie k l e p a n i e (*tapotement*) okolic masowanych. Przytem prawa ręka uderza w w o l n e m t e m p i e b r z u ś c a m i p a l c ó w, lewa zaś ich powierzchnią g r z b i e t o w ą po ścianach podbrzusza. (Ciąg dalszy nastąpi).

## IV. Oceny i sprawozdania.

### Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4.

Napisali

**Dr. Aleksander Rosner i Dr. Ludwik Świtalski,**

asystenci tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

4) *Polypus mucosus uteri. Retroflexio uteri gravidi.*

L. p. 93. T. M., lat 28, zamężna, z Krakowa. R o z p o z n a n i e: *Polypus mucosus cervicis uteri. Retroflexio uteri gravidi.* L e c z e n i e: *Excisio polypi.*

W y w i a d y: Zamężna od lat 9. Rodziła 2 razy; porody i połogi prawidłowe. Ostatni poród przed 3 laty. Po ostatnim porodzie regularność dotąd niebolesna, powtarzała się z bólami w krzyżach do Grudnia 1893 r. Od kilku tygodni obfite białe upławy. Mocz i stolec oddaje prawidłowo.

S t a n o b e c n y: Z ujścia zewnętrznego macicy, drożnego dla palca zwisa nisko do pochwy, bo prawie do wejścia pochwowego polip śluzowy wielkości orzecha laskowego.

Część pochwowa skrócona jest zbliżona do spojenia łonowego. Tylne sklepienie pochwy szersze, wypuklone przez trzon macicy powiększony odpowiednio do czwartego miesiąca ciąży, ułożony do szyjki pod kątem ostrym.

Dnia 9. Kwietnia podwiązano polip przy podstawie i odcięto nożyczkami, poczem zalecono chorej ciągłe leżenie w łóżku w położeniu boczno-brzusznem (*Seitenbauchlage*). Podczas tego trzon macicy coraz więcej podnosił się ku górze i przodowi a w tydzień potem macica była już położona w przodozgięciu. W tym więc przypadku przez samo ułożenie chorej bez odprowadzania macica powróciła w położenie prawidłowe.

5) *Retroflexio uteri fixata.* Z powodu tego cierpienia w większej liczbie przypadków po wyczerpaniu leczenia konserwatywnego wykonaliśmy 6 razy wentrofiksacya macicy, zabieg, który także z innych wskazań w innych 6 przypadkach w ubiegłym roku szkolnym znalazł zastosowanie. Przypadki te zostały szczegółowo ogłoszone przez jednego z nas w *Przeglądzie lekarskim*[28]).

## IV.

## Jajniki.

| | |
|---|---|
| *Cystis ovarii dextri* | 2 |
| *Cystis ovarii sinistri* | 4 |
| *Cystis parovarii dextri* | 2 |
| *Descensus ovarii utriusque* | 6 |
| *Cystoma ovarii dextri* | 9 |
| *Cystoma ovarii sinistri* | 2 |
| *Cystoma ovarii utriusque* | 1 |
| *Oo- et perioophoritis dextra* | 1 |
| Razem | 27 |

### 1) Torbiele i torbielaki jajników.

*Tablica b).*

| L. p. | Imię i nazwisko | Rozpoznanie | Leczenie | Wynik |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Z. Ż., lat 36, zamężna, z Gruszowa. | Cystoma ovarii dextri. Ascites. Prolapsus uteri completus. | Cystomovariectomia dextra. Ventrofixatio uteri. | Sanata. |
| 2. | D. N., lat 55, zamężna, z Rabki. | Cystoma ovarii dextri accretum. Ascites. Prolapsus vaginae posterioris. Descensus uteri. | Cystomovariectomia dextra. Ventrofixatio uteri. | Sanata. |
| 3. | A. K., lat 52, zamężna, z Woli Mędrzechowskiej. | Cystis ovarii sinistri partim accreta. Prolapsus uteri completus. | Cystovariectomia. | Sanata. |
| 4. | J. L., lat 27, zamężna, z Górska. | Cystis ovarii sinistri libera. | Cystovarectomia. | Sanata. |
| 5. | K. P., lat 25, zamężna, ze Zborzyc. | Cystoma ovarii sinistri. | Cystomovariectomia. | Sanata. |
| 6. | M. G., lat 35. zamężna. ze Starego Sącza. | Cystoma ovarii dextri accretum. | Cystomovariectomia. | Sanata. |
| 7. | J. P., lat 37, zamężna. z Filipowic. | Cystoma intraligamentosum ovarii dextri. Degeneratio cystica ovarii sinistri. Fibromyomata multiplicia uteri. | Cystomovariectomia dextra et ovariectomia dextra. | Sanata. |
| 8. | D. M., lat 25, zamężna, z Jaćmierza. | Cystis parovarii sinistri intraligamentosa. | Cystparovariectomia dextra. | Sanata. |
| 9. | M. K., lat 49, zamężna, z Ochotnicy. | Cystoma introligamentosum accretum ovarii sinistri. Perimetritis adhaesiva. Hydrosalpinx dextra. | Cystomovariectomia dextra. Salpingectomia dextra. | Sanata. |
| 10. | I. Z., lat 20, wolna, z Krakowa. | Cystoma ovarii dextri liberum. Cystis dermoidalis in pariete cystomatis. | Cystomovariectomia dextra. | Sanata. |
| 11. | A. B., lat 48, zamężna, ze Zwierzyńca. | Cystoma ovarii dextri ruptum. Peritonitis pseudomyxomatosa. Prolapsus vaginae posterioris. | Cystomovariectomia. | Mors. |
| 12. | M. P., lat 35, wolna, z Harbutowic. | Cystis ovarii dextri partim accreta. Retroflexio uteri fixata. | Cystovariectomia. Ventrofixatio. | Sanata. |
| 13. | A. K., lat 48, zamężna, z Jaworzna. | Cystis ovarii sinistri libera. Prolapsus uteri completus. Metritis ingens. | Cystovariectomia sinistra. Ventrofixatio. Operatio prolapsus vaginae m. Freund. Perineorrhaphia met. Lawson-Tait. | Sanata. |
| 14. | I. M., lat 25, zamężna, z Sambora. | Cystoma ovarii dextri papilliferum, intraligamentosum, accretum. | Cystomovariectomia. | Sanata. |
| 15. | B. F., lat 33, zamężna, z Wieliczki. | Cystoma ovarii utriusque partim intraligamentosum. | Cystomovariectomia. | Sanata. |
| 16. | M. P., lat 40, wolna, z Zygartowic. | Cystis parovarii dextri. Pedunculus circa axin ter tortus, inde haemorrhagiae in cystim nec non apoplexiae multiplices tumoris et haemorrhagiae in textum ovarii dextri quinquies aucti, subsequente peritonitide incipiente. | Cystparovariectomia et ovariectomia dextra. | Sanata. |

Zestawiając te swoje przypadki z różnych punktów widzenia, mieliśmy:

| | |
|---|---|
| 1. Torbielaków | 10 |
| Torbieli jajnikowych | 4 |
| Torbieli przyjajnikowych *(parovarium)* | 2 |
| 2. Guzów z prawego jajnika | 9 |
| Guzów z lewego jajnika | 6 |
| Guzów obustronnych | 1 |
| 3. Guzów na szypułce | 11 |
| Guzów wśródwięzadłowych | 5 |

[28]) Świtalski: *Ventrofixatio uteri. Przegl. lek.* 1894. Nr. 38—40.

4. Wolnych . . . . . . . . . . . 6
Przyrosłych . . . . . . . . . . 5
(wśródwięzadłowych tu nie uwzględniamy).
5. Skręcenie szypuły . . . . . . . . 1

Historye chorób naszych przypadków przedstawiają się jak następuje:

L. p. 2. Z. Z., lat 36, zamężna, z Gruszowa. *Cystoma ovarii dextri. Prolapsus uteri completus.* Leczenie: *Ovariotomia et ventrofixatio uteri.*

Wywiady: Rodziła 9 razy; porody i połogi były prawidłowe. Ostatni poród odbył się przed 16 tu miesiącami. Karmiła przez 9 miesięcy do Marca b. r. W Lutym 1893. dostrzegła powiększanie się brzucha. Obecnie w skutek znacznego powiększenia brzucha doznaje przeszkody przy chodzeniu a czasem i duszności. Od kilku miesięcy zauważyła obniżanie się macicy. Często miewa parcie na stolec.

Stan obecny: Brzuch wypuklony tak wzdłuż jak i w szerz. Powłoki brzuszne mocno napięte. W brzuchu można wybadać guz o powierzchni nierównej, sięgający na 3 palce ponad pępek. Konsystencya jest niejednostajna; w niektórych miejscach guz jest twardy, zresztą elastyczny, okazujący wyraźne chełbotanie. Odgłos wypukowy nad guzem i w okolicach lędźwiowych stłumiony, za ułożeniem na odpowiedni bok w tem ostatniem miejscu jawniejszy. Badanie przez pochwę wykazuje pochwę źle przyczepiona do sąsiedztwa, przy parciu wysuwającą się wraz z macicą na zewnątrz szpary sromnej. Macica prawidłowej wielkości. Od prawego rogu macicy można dokładnie wybadać idącą do guza szypułę. Dnia 31. Października przystąpiono do odcięcia guza. Po otwarciu powłok brzusznych wylało się dosyć dużo płynu wolnego, bursztynowo zabarwionego. Guz sam wielkości głowy dorosłego człowieka o powierzchni nierównej, guzowatej, nie okazuje żadnych zrostów z otoczeniem i jest połączony za pomocą szypuły krótkiej, szerokiej. Po rozszerzeniu cięcia brzusznego wytoczono guz na zewnątrz jamy brzusznej, podwiązano w dwu piętrach szypułę, przecięto i zapuszczono do jamy brzusznej. Potem dokonano przyszycia macicy do powłok brzusznych metodą Czernego, z modyfikacyą Terriera.

Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy.

Dnia 8. Listopada wyjęto szwy, rana na całej powierzchni zgoiła się doraźnie.

Dnia 6. Grudnia chora opuściła klinikę.

(Ciąg dalszy nastąpi).

## Choroby zakaźne.

W. Reiss (w Krakowie): **O zmianach we krwi w przebiegu kiły ze względu na terapią.**

Autor ogłasza w pracy niniejszej wyniki swych badań nad krwią u 100 chorych, kiłą dotkniętych w rozmaitych stadyach choroby ze szczególnem uwzględnieniem zmian występujących w ilości składników morfologicznych po zastosowaniu leczenia przeciwkiłowego. Ciałka krwi obliczano przyrządem Thoma-Zeissa, procent zaś hemoglobiny przyrządem Goversa. Podług powyższych badań autora pewne zmiany w ilości składników morfologicznych spostrzegać się już dają zaraz po utworzeniu się wrzodu twardego i to w tym czasie, kiedy gruczoły limfatyczne najbliżej usadowione zmian charakterystycznych jeszcze nie okazują. Już w tem stadyum choroby znaleść można zmniejszenie się ilości ciałek krwi czerwonych, które utrzymuje się w tym samym stopniu aż do czasu osutki, przyczem nadmienić należy, że utworzenie się dymienicy właściwej nie wywiera na jednostajność w zmniejszaniu się ilości ciałek czerwonych żadnego wpływu. Od chwili wystąpienia osutki kiłowej zmniejsza się ilość ciałek czerwonych w stosunku do czasu drugiej inkubacyi daleko szybciej, co jeszcze nawet w jakiś czas po zastosowaniu leczenia rtęciowego spostrzegać się daje. Ilość białych ciałek krwi nie przedstawia w okresie pierwszego wylęgania choroby zmian żadnych; mamy do czynienia tylko ze względną leukocytozą, o ile ilość ciałek czerwonych uległa w okresie tym zmniejszeniu się. Bezwzględna leukocytoza występuje dopiero od czasu prorupcyi kiłowej, postępując jednostajnie aż do rozpoczęcia leczenia przeciwkiłowego. Przy powstawaniu leukocytozy dostrzegł autor, że przedewszystkiem zwiększa się ilość jednoziarnistych leukocytów, gdy leukocyty wieloziarniste nieco się tylko pomnożyły. Pod wpływem środków swoistych występuje zrazu (mniej więcej przez pierwszy tydzień leczenia) w dalszym ciągu zmniejszanie się ilości komórek czerwonych; w miarę jednak systematycznego stosowania merkuryalizacyi organizmu ilość ciałek czerwonych zwiększa się coraz to bardziej tak, że z końcem leczenia większą jest z reguły, aniżeli przed wystąpieniem osutki. Ilość ciałek białych zmniejsza się pod wpływem rtęci wybitnie i to zaraz po rozpoczęciu leczenia; pod koniec leczenia ilość ich zbliża się prawie zupełnie do normy. I tu widzimy przedewszystkiem zmniejszenie się ilości limfocytów, komórki wieloziarniste zaś w bardzo małym stopniu ulegają zmianie ilościowej. Wpływ leczenia swoistego na ilość hemoglobiny jest bardzo znaczny; ilość jej wzrasta z dnia na dzień tak, że z końcem leczenia znajdujemy zazwyczaj 20% wzrostu w stosunku do czasu drugiej inkubacyi. Przedłużenie leczenia po nad pewną miarę nie jest w stanie już więcej powiększyć ilości hemoglobiny; przeciwnie czasami zauważono, że w miarę coraz to w większych dawek rtęci odsetka hemoglobiny zaczyna się znowu obniżać. Zmniejszanie się ilości hemoglobiny w przebiegu kiły spostrzegać się daje już w pierwszym tygodniu po wystąpieniu stwardnienia; postępuje ono w dalszym ciągu choroby ciągle jednostajnie, nie okazując żadnych oscylacyj nawet w czasie wystąpienia osutki. Co do zachowania się hemoglobiny po zakończeniu leczenia, po kilku tygodniach lub miesiącach, brakuje autorowi spostrzeżeń w tej mierze a to z powodu, ponieważ chorzy opuściwszy raz klinikę zazwyczaj albo się już nie pokazują więcej, albo przychodzą napowrót dotknięci zmianami następowymi.

Chorych leczono wstrzykiwaniami podskórnymi sublimatu od 0·01 do 0·02 na dzień i dawkę.

W przypadkach kiły złośliwej i w ogóle w przypadkach, gdzie zachodziła *indicatio vitalis*, wcierano szaruchę od $2^1/_2$ do 4 grm. dziennie. W przypadkach wymagających leczenia jodem, zadawano dziennie po 2 do 3 łyżki stołowe 5% roztworu jodku sodu. Wnioski:

1) Ilość czerwonych ciałek zmniejsza się już w okresie kiły pierwszorzędnej. W okresie osutkowym zmniejszenie to staje się znaczniejszem i trwa jeszcze czas jakiś po zadaniu środka swoistego.

2) Ilość bezwzględna ciałek białych nie ulega zmianie w czasie kiły pierwszorzędnej; mamy zatem w tym okresie do czynienia ze względną leukocytozą. W okresie osutkowym ilość leukocytów wzmaga się jednostajnie.

3) Z ciałek białych ulegają pomnożeniu prawie wyłącznie komórki jednojądrzaste (limfocyty).

4) Zmniejszanie się hemoglobiny spostrzegać się daje już w pierwszym tygodniu kiły pierwszorzędnej i postępuje jednostajnie naprzód. Pojawienie się osutki nie wywiera w tym względzie żadnego wpływu.

5) Podczas leczenia rtęciowego powiększa się ilość ciałek czerwonych zwolna, ale ustawicznie tak, że pod koniec leczenia dostatecznego ilość ich jest większa, aniżeli przed wystąpieniem osutki.

6) Ilość leukocytów zmniejsza się podczas leczenia rtęciowego ustawicznie od samego początku choroby; pod koniec zaś leczenia schodzi do prawidła.

7) Zmniejszanie się białych ciałek pod wpływem leczenia rtęciowego tyczy się prawie wyłącznie limfocytów.

8) Ilość hemoglobiny rośnie pod wpływem rtęci od samego początku jej zastosowania, dochodząc po jakimś czasie do normy. Po za pewną granicą przedłużenie leczenia nie zdoła już więcej powiększyć procentu hemoglobiny.

9) Stosunek ilości ciałek czerwonych do białych ulega we wszystkich okresach chorobowych jak i podczas leczenia rtęciowego najrozmaitszym zmianom.

10) Na płytki Bizozerra nie wywiera sprawa kiłowa żadnego wpływu.

*(Archiv für Dermatologie und Syphilis.* Tom XXXII. Zeszyt 2).

Fiłatow prof., Kutkow i Niewiczin: **Pierwszych 100 przypadków błonicy, leczonych surowicą w moskiewskiej klinice dziecięcej.**

Autorowie zdają sprawę li tylko z tych przypadków, w których wykryto prątki Lofflera. W klinice chorzy pozostawali w tych samych stosunkach, co i dawniej; także stosowano takie same, jak i dawniej miejscowe leczenie (pomazywanie połyku 1% roztworem kwaśnym sublimatu, oczyszczanie jamy ustnej za pomocą płukania lub przestrzykiwania). Ostatecznie jak ogólne wrażenie, tak i dane statystyczne przekonały autorów, że pod wpływem surowicy nie tylko przebieg choroby skraca się, ale i znacznie zmniejsza się procent śmiertelności nawet w ciężkich przypadkach (nieraz wyzdrawiają chorzy z naciekiem szyi, sięgającym obojczyka).

Dawniejsze doświadczenie nauczyło uważać błonicę za chorobę postępującą bez względu na zabiegi lecznicze; nieraz przypadki na pozór lekkie lub dostarczone na pierwszy dzień choroby w klinice pogarszały się znacznie, wikłały z dławcem i kończyły śmiertelnie. W latach 1891. do 1895. w moskiewskiej klinice z całej liczby dławców nabyto ich w klinice 18%; także 27% nacieków szyi. Z liczby chorych, na 1-szy dzień choroby dostarczonych do kliniki umierało 60%. Od czasu zaś leczenia surowicą lekkie przypadki zawsze pozostawały lekkiemi i prędko wyzdrawiały; ani razu nie widziano w klinice rozwinięcia się dławca, dwa razy tylko widziano rozwinięcie się nacieku na szyi i to w ciężkich przypadkach, które jednak zakończyły się pomyślnie, a ponieważ błonica rzadko przybiera złośliwy charakter w 1-szym i 2-gim dniu, więc, jeżeli leczenie surowicą zaczyna się na 1-szy lub 2-gi dzień, to choroba zwykle się przerywa; to samo tyczy się przebiegu dławca: jeżeli injekcyę surowicy zastosowano przy pierwszych objawach zapalenia krtani, to rzadko kiedy rozwija się zwężenie dławcowe krtani; dla tego to obecnie często obserwujemy w błonicy lekkie zapalenie krtani, co pierwej było wprost rzadkością. Że procent śmiertelności się zmniejszył, dowodzą tego następujące liczby: od 1. do 11. Października (surowicą nie leczono), z 15 chorych umarło 5. Od 12. do 23 t. m. (stosowano surowicę tylko w ciężkich przypadkach), było 10 chorych, wszyscy wyzdrowieli; od 23. Października do 1. Stycznia (surowicy nie było) z 72 chorych umarło 36; od 2. Stycznia do Maja (stosowano surowicę) z 90 chorych umarło 19%. Podobne cyfry były i w szpitalu Fryderyka w Berlinie; Virchow podaje następującą tablicę:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Czerwiec, Lipiec (stosow. surowicę) | z 82 | chor. umarło | 12·2% |
| Sierp., Wrzesień (bez surowicy) | z 103 | „ „ | 53·4% |
| Paźdz., Listopad (stosow. surow.) | z 124 | „ „ | 11·3% |

Obecnie u autora ze 100 przyp. umarło 19 (z nich na 1-szy dzień po wstąpieniu do kliniki 6); za przeszłe zaś 4 lata % śmiertelności był następujący: 38·9%, 40%, 36·4%, i 55·9%, średnio 47%, a wykluczywszy 46 chorych, którzy umarli w ciągu pierwszych 36 godzin, otrzymamy 37·4%; obecnie więc śmiertelność zmniejszyła się więcej, niż 2½ razy; epidemia zaś tegoroczna nie lżejsza od dawniejszych: ciężkich przypadków z naciekiem na szyi było 35%, dawniej tylko 21%, dławca było trochę mniej: 25%, dawniej 28%.

Ze 100 przypadków mieliśmy 37 ciężkich (z naciekiem), 15 średnich, 23 lekkich i 25 dławców. Z lekkich i średnich nie umarł żaden (dawniej 2% i 4%); z 37 ciężkich umarło 12, t. j. 32·5% (dawniej 90.8%) i to 5 umarło po 20 godzinach. Z 25 dławców umarło 7, t. j. 28% (dawniej 60·9%). Bez operacyi wyzdrowiało 15, czyli 60% (dawniej tylko 28·4%). Według wieku śmiertelność przedstawiała się następująco:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| do 1 roku | 2 chor. | um. 0%, | dawniej umierało | 77·8% |
| 1—5 lat | 42 „ | „ 35·7%, | „ „ | 57·6% |
| 5—10 „ | 31 „ | „ 9·7%, | „ „ | 38·8% |
| starszych | 25 „ | „ 4%, | „ „ | 21·6% |

Dalej tablica wstępowania chorych według dni choroby (oczywiście przypuszczalnie):

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| przybyło w 1. dniu choroby | 13, | um. 0, | dawniej | 60% |
| „ „ 2. „ „ | 35, | „ 8·5%, | „ | 41·8% |
| „ „ 3. „ „ | 20, | „ 25%, | „ | 60·3% |
| „ „ 4. „ „ | 16, | „ 19%, | „ | 51·7% |
| „ po 4. „ „ | 16, | „ 50%, | „ | 32% |

Obecnie więc można powiedzieć, że czem świeższy przypadek, tem więcej szansy wyzdrowienia, czego pierwej nie było.

Pod względem bakteryologicznym przypadki tak się przedstawiały:

| | | | |
|---|---|---|---|
| czystych przypadków (tylko prątki) | 30 | umarło | 0 |
| prątki, koki, gronkowce | 19 | „ | 10% |
| „ „ paciorkowce | 43 | „ | 28% |

Wpływ na naloty: w lekkich i średnich przypadkach, po pierwszem wstrzyknięciu wypocina przestaje się szerzyć, w ciężkich na 2-gi dzień. Znikają naloty w lekkich przypadkach na 6—7 dzień (dawniej 9—10 dzień), w średnich 8—9 dn. (dawniej 12—14 dn.), w ciężkich 10—11 (dawniej 15—16 dzień).

Również korzystny wpływ wywiera surowica na błonicze zapalenie nosa i krtani a także na naciek szyi; na ogólny stan wpływ nader wybitny; już na drugi dzień dziecko staje się weselsze, prosi o jedzenie; tylko w przypadkach, śmiertelnie się kończących, stan ogólny pozostaje bez zmiany. Temperatura i tętno pod wpływem surowicy prędko schodzą do prawidła lub nawet poniżej. Białkomocz rozwijał się rzadziej, niż dawniej (16%, dawniej 20·5%) i znacznie później, na 11—12 dzień (dawniej na 7—8 dz.); obserwowano kilka bardzo ciężkich przypadków błonicy bez białkomoczu (czego dawniej nigdy nie widziano); ilość białka i utrzymywanie się białkomoczu 2—10 dni (jak i dawniej).

Injekcya surowicy sprawia ból, który od 10 grm. znika po 8—12 godzinach, od 20 grm. po 24—48 godzinach.

U 9 chorych rozwinęły się pokrzywka a u 10 rumień *(erythema)*. Pokrzywkę widziano tylko po dawkach dużych (40—90 grm.). Osutki te złego wpływu na przebieg nie mają.

U 3 chorych obserwowano znaczne bóle w kończynach równocześnie ze stanem gorączkowym.

Największa dawka surowicy wynosiła 90 grm. W ciężkich przypadkach wstrzykiwano 2—6 tysięcy jednostek antytoksyny, w dławcach 1½—4½ tys., w średnich 1—2½ tys. a w lekkich 600—2000 ant. *(Medicinskoje Obozrienije* Nr. 13. 1895 r.). *T. Makowski.*

## Choroby wewnętrzne.

### Cynk w niedokrewności.

W ciągu ostatniego roku szeregiem doświadczeń wykonanych w klinice król. Uniwersytetu w Palermo wykazano skuteczność miedzi w niedokrewności *(Archivio di Farmacologia e Therapeutica.* Tom III., Z. 5. 1895). W bieżącym roku robiono znów doświadczenia z cynkiem. Używano siarkanu cynkowego w dawkach od 0·01—0·06 dwa razy dziennie w czasie jedzenia. W ciągu stosowania tego środka nie używano innych leków a dyeta była taka jak przedtem.

Przy używaniu siarkanu cynkowego zaraz od pierwszego dnia wzmagała się ilość hemoglobiny we krwi, aż dosięgła pewnego *maximum*, na którem się potem stale utrzymywała.

Z doświadczeń, zdaje się, wynika, że cynk może skutecznie zastąpić żelazo nie tylko w błednicy, ale i w niedokrewności następowej.

Przetwory cynku nigdy nie dały powodu do żadnych zaburzeń żołądkowych lub kiszkowych tak, że w wielu razach zasługują na pierwszeństwo przed środkami żelezistymi. Prócz wzmożenia się hemoglobinu we krwi, jak się z góry spodziewać było można, stwierdzono przybytek na wadze i poprawę zdrowia ogólnego tak, że lek ten pod każdym względem zastępuje żelazo.

Te wyniki spostrzeżeń są tem ciekawsze, iż po doświadczeniach na zwierzętach podobnych skutków soli cynkowych nie można się było spodziewać. *(University medical Magazine.* Tom VII. 12. Września 1895). *P. A.*

## Psychiatrya.

### Näcke: **Wyskok w zakładach dla obłąkanych.**

Opierając się na wielkiem doświadczeniu, twierdzi autor, że w przewlekłych chorobach umysłowych, nawet w porażeniu postępowem, epilepsyi i u chorych niespokojnych mierne ilości lekkiego (ciemnego) piwa wcale nie szkodzą. Nie widział też autor powiększenia się podniecenia u chorych po festynach urządzanych w zakładach dla obłąkanych i podawaniu im przy tej sposobności wina i piwa. Inaczej rzecz się ma w przypadkach ostrych; tu trzeba stósować się do każdego z osobna przypadku. Piwo w zakładach dla obłąkanych powinno być z jednej strony pożywką, z drugiej nagrodą za dobre zachowywanie się. W prostej bezsenności działa piwo mocne, wypite prędko, w znacznej ilości, nieraz bardzo dobrze. Również nadaje się piwo niekiedy do zadawania leków n. p. hioscyny. W praktyce prywatnej, gdzie lekarz nie ma nad chorymi żadnej kontroli, najlepiej w chorobach umysłowych i padaczce *(epilepsia)* nie pozwalać całkiem na używanie napojów wyskokowych. *(Der Irrenfreund* Nr. 3. i 4. 1895). *R.*

## Zapiski terapeutyczne.

**119.** J. Comby: Największe dawki niektórych dzielnych *(actifs)* leków dla dzieci (ze szpitala Trousseau w Paryżu). Przedewszystkiem należy wiedzieć, że dzieci znoszą lepiej i wydzielają rychlej zażyte przez siebie leki, niż dorośli. Jeżeli się unika dawek zawielkich ze względu na układ nerwowy i leków ze względu na żołądek niedostatecznie roztworzonych, można dzieciom zadawać nawet ilości zadziwiające, jeżeli weźmie się pod uwagę ich wiek i ciężar ciała.

Autor jest zdania, że u dzieci można stósować bez szkody dla ich zdrowia dawki duże, byle podzielone i roztworzone.

Stosownie do tych zasad podaje autor dzienne dawki największe dwunastu leków najwięcej znanych i używanych.

I. Makowiec *(opium)* jestto lek, którego się powszechnie obawiają u małych dzieci, osobliwie nie mających jeszcze dwóch lat. Biorąc za podstawę dobry makowiec surowy, zawierający 10% morfiny, można go przepisywać zarobiony z mlekiem, wodą ocukrzoną, z syropem jakimkolwiek w następujących ilościach:

Proszek Dowera, zawierający według nowej farmakopei francuskiej $^1/_{10}$ makowca, można dawać dziennie w ilości największej 5 centygramów na rok dziecka, podzielonych na 5 części. Według tego n. p. dziecko roczne może dostać po centygramie co 2 godziny, dziecko 5-cio letnie po 5 centygramów również co 2 godziny. Tak małe zadając na raz ilości można zatrzymać się na czas, jeżeli wystąpią pewne skutki fizyologiczne, jak senność, zwężenie źrenicy i t. d.

Powyżej 10-ciu lat można dzieciom zadawać makowiec w ilości mniej więcej podobnej jak dorosłym.

Morfinę można zadawać tylko w drugiem dzieciństwie podskórnie w ilości nie przekraczającej 2 do 3 miligramów.

Wszystkie te dawki obliczone są na początek; przyzwyczajenie się do nich pozwala je powiększyć.

II. Tojad *(aconitum).* Z wyjątkiem krystalicznej akonityny znoszą dzieci bardzo dobrze, nieraz nawet w dawkach dużych substancye wyciągnięte z korzenia tojadu mordownika *(aconitum napellus).*

Najpowszechniej używanym przetworem jest namok wyskokowy, otrzymany przez długie moczenie korzeni w równej co do wagi ilości wyskoku 90°. Z tego przetworu można zadawać dziennie podzielonych na dawki co 2 godziny 10 kropel w stósunku wieku dziecka, dochodząc w ten sposób do 100 kropel dziennie u dziecka 10-letniego. Zmięszanie z nastojem pokrzyku wilczej jagody *(tinctura belladonnae)* zwiększa zdolność znoszenia tojadu i potęguje jego działanie.

III. Pokrzyk wilcza jagoda *(atropa belladonna).* Dzieci znoszą dobrze przetwory tej rośliny, do których należy także, jak wiadomo, atropina.

*Extractum belladonnae* zadaje się za pośrednictwem czy jamy ustnej czy odbytnicy (w postaci czopków) w stósunku centygrama na 24 godzin i 2 lata wieku. Tak n. p. dziecku 6 letniemu można zadać po 3 centygramy dziennie.

Płynny wyciąg amerykański jako mocniejszy zadawać trzeba w ilości mniejszej.

*Tinctura belladonnae* zadaje się w drobnych dawkach w stósunku 5 kropel dziennie na rok życia (więc n. p. dziecku 5-letniemu po 25 kropel dziennie), bacząc na działanie jak rozszerzenie źrenic, nabrzmienie policzków, suchość w gardle i t. d.

Z roczynu siarkanu obojętnego atropiny, zawierającego centygram atropiny na 10 gramów wody daje się po 5 kropel w stósunku na rok dziecka. Dwadzieścia kropel tego roczynu odpowiada miligramowi siarkanu atropiny.

IV. Naparstnica *(digitalis).* Dygitaliny krystalicznej, jako środka gwałtownie działającego, u dzieci używać nie można. Proszek z liści sam lub zarobiony z ulepkiem (syropem) można zadawać w ilości największej 2 centygramów dziennie na rok dziecka, bacząc, by ze względu na działanie zbiorowe nie dawać naparstnicy dłużej, niż przez 5 do 6 dni po sobie.

Jeżeli zamiast proszku używa się naparu *(infusum)* lub odwaru *(decoctum),* należy się trzymać tych samych dawek, podwajając je jedynie w razach nagłej potrzeby.

*Tinctura digitalis,* przetwór niepewny, zadaje się po 4 krople na dzień i rok dziecka.

Oczywiście, im więcej naraz przepisuje się naparstnicy, tem krócej można ją zażywać.

V. Kofeina. Jestto lek zastępujący pod wieloma względami naparstnicę, mniej jednak niebezpieczny, rychlej od niej działający i prędzej z ustroju wychodzący. Kofeinę dzieci znoszą bardzo dobrze.

W pierwszem dzieciństwie najlepiej wstrzykiwać kofeinę podskórnie. Dawka dzienna największa 20 centygramów na rok wieku dziecka, rozdzielona na dwa lub trzy razy.

VI. Chinina. Można ją dawać wewnętrznie przez jamę ustną, łagodząc jej gorycz za pomocą wyciągu lukrecyowego. Największa dawka dzienna od 15 do 25 centygramów w stósunku roku dziecka. Gdzie chodzi o skutek rychły, wskazane są naraz duże dawki.

U dziecka 4. lub 5-letniego potrzeba do obniżenia temperatury 60 do 80 centygramów wodochlorku chininy, podzielonych na dwie dawki do siebie zbliżone.

Do podskórnych wstrzykiwań potrzeba od 20 do 50 centygramów na raz (najlepiej dwuwodochlorku chininy, *chininum bimuriaticum).*

VII. Antypiryna jest środkiem często jeszcze pewniejszym od chininy na obniżenie gorączki. Dawka dzienna od 15 do 50 centygramów na rok dziecka, zbytecznie nie rozdrobniona. Dzieciom od 5 do 10 lat przepisuje autor po gramie trzy razy dziennie.

Antypiryna jest w ogóle środkiem nie bardzo pewnym, ale dla dzieci nieszkodliwym.

VIII. Kwas salicylowy i jego sole. Zazwyczaj używa się salicylanu sodowego w ilości od 1 do 6 gramów dziennie stósownie do wieku dziecięcia, podzielonych na dawki co 2 godziny.

IX. Kulczyba wronie oko (*nux vomica*) i strychnina. Proszek kulczyby wroniego oka w połączeniu z alkaliami jest skuteczny w leniwem trawieniu; dawka: centygram na każde dwa lata dziecka.

Ażeby uniknąć działania zbiorowego, nie trzeba dawać wymienionego środka dłużej, niż przez 10 dni z rzędu.

Siarkan strychniny zadaje się w pigułkach zawierających po miligramie tego środka w ilości dziennej od 2 do 4 miligramów u dzieci w drugiem dzieciństwie.

X. Rtęć. Tam, gdzie jest rtęć wskazana, nie powinno się jej szczędzić nawet u noworodków i osesków.

*Liquor van Swieteni* przepisuje się po 10 kropel 3 razy dziennie w pierwszym miesiącu życia, po 20 kropel w drugim, po 30 kropel w trzecim. Powyżej roku można dawać po 4 i 5 gramów dziennie z mlekiem.

Do wcierań, 1 do 2 dziennie potrzeba bez względu na wiek 2 gramów szaruchy.

Do kąpieli sublimatowych potrzeba dla bardzo małych dzieci po 2 a dla starszych po 4 gramy sublimatu.

Kalomel jest dla dzieci znakomitym środkiem przeczyszczającym, dla jelit przeciwgnilnym i pędzi żółć. Dawka dzienna 5 centygramów na rok dziecka.

Przeciw czerwiom (*helminthes*) bardzo skutecznem jest połączenie kalomelu z nasieniem glistnika (*semen contra*), z santoniną, paprocią.

XI. Jod i jodki. Jodek potasu i jodek sodu znoszą dzieci zazwyczaj bardzo dobrze, bez objawów na skórze i błonach śluzowych. Dawka dzienna 20 centygramów na rok dziecka w kile; w innych chorobach, jak dychawicy, zołzach, przewlekłym gośćcu należy zadawać jodek potasu w ilości małej (po 5 centygramów dziennie na rok dziecka), ale przez czas długi.

XII. Bromki, mianowicie bromek potasu i bromek potasu znoszą dzieci równie dobrze, jak jodki i przepisuje się je też w równej ilości. W ciężkich przypadkach padaczki, w *laryngismus stridulus* można dojść do grama na dzień i na rok życia dziecka. (*La Médecine moderne*. 21. Września 1895).

120. A. Robin: Leczenie bólów nerwowych w przebiegu moczówki cukrowej. Do czasowego poskramiania tych bólów zaleca autor zażywać podczas napadu po proszku następującego składu: *Antipyryni, ammonii bromati aa 0·50, cocaini muriatici centigrma unum, cofeini valerianici centigrmta duo.* (*La Semaine médicale*. 25. Września 1895).

---

## V. Wiadomości bieżące.

**Kraków dnia 3. Października 1895 r.**

†

Ludwik Pasteur zmarł w dniu 28. z. m. w 73. roku życia w Garges pod Paryżem. Nekrolog podamy w przyszłym numerze.

— W odbytym w dniu 30. z. m. wyborze posłów do Sejmu krajowego wyszedł z urny wyborczej jako poseł miasta Krakowa (jeden z trzech) Dr. Henryk Jordan, prof. Uniw. Jagiell.

— Prezes Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, prof. Dr. Walentowicz i redaktor *Przeglądu lekarskiego*, prof. Dr. Domański wysłali telegramy kondolencyjne wdowie po ś. p. Pasteurze, który był członkiem honorowym Tow. lek. krakowskiego.

— Otrzymujemy następujące pismo: Mając sobie powierzonem zestawienie wykazu lekarzy w Krakowie zamieszkałych, proszę pp. Kolegów, którzy w roku bieżącym osiedli w Krakowie lub zmienili mieszkanie, o łaskawe podanie mi swoich dokładnych adresów z oznaczeniem godzin ordynacyjnych (za pomocą karty korespondencyjnej).

Kraków 1. Października 1895. *Dr. Schaitter*, ulica Grodzka l. 62.

— Cholera w Tarnopolu i okolicy trzyma się ciągle w mierze dzięki nadzwyczajnej energii i sprężystości władz lekarskich i administracyjnych. Jeden lub dwa przypadki dziennie (a nieraz nie ma ani jednego) na miasto liczące prawie 28.000 ludności, nie mające ani kanalizacyi ani wodociągów jest liczbą tak małą, iż cholera tamtejsza nie zasługuje bynajmniej nawet na nazwę epidemii. Przy tej sposobności niech nam będzie wolno oświadczyć, iż zdanie przez niektórych kolegów otwarcie wypowiadane, że lekkość tegorocznej epidemii w Galicyi pochodzi jakoby od słabego także *genius epidemicus* jest mylne, uczy bowiem doświadczenie, iż teraźniejsza epidemia cholery, która w roku 1892. nawiedziła poraz pierwszy środkową Europę, występuje wszędzie bardzo gwałtownie i mnóstwo pochłania ofiar, gdzie władze sanitarne nie rozwijają lub rozwinąć nie mogą należytej energii i gdzie ciemnota lub apatya ludności paraliżuje najlepsze ich chęci.

— Stan sanitarny Warszawy w ubiegłych co właśnie miesiącach letnich nie był wcale pomyślny. Śmiertelność wynosząca w Lipcu koło 28‰ a w Sierpniu i Wrześniu 29% była wprawdzie znacznie mniejsza od śmiertelności w odpowiednich miesiącach roku zeszłego (32 do 39‰, był to jednak rok cholery), ale większa niż śmiertelność w miesiącach poprzedzających r. b. Z chorób zakaźnych najczęstszą była czerwonka (*dysenteria*) o ciężkim przebiegu i znacznej śmiertelności a po niej płonica, błonica i odra. Było również dużo przypadków krztuśca i zapalenia płuc dławcowego, mało zaś duru brzusznego i ospy.

— Sąd Rzeszy niemieckiej zajmował się przed niedawnym czasem przypadkiem dowodzącym niebezpieczeństwa wolnej sprzedaży pastylek sublimatowych. Pewien młody człowiek dowiedziawszy się, iż pastylki sublimatowe mają być dobrym środkiem zapobiegającym chorobom wenerycznym, wprowadził taką pastylkę, zwilżoną tylko wodą *ante coitum in vaginam* podejrzanej co do zdrowia kobiety. Wkrótce wystąpiły u niej w pochwie i macicy gwałtowne bóle, które skłoniły ją do udania się do szpitala, gdzie niebawem umarła. Sekcya wykazała ostre otrucie rtęcią. Sąd Rzeszy skazał w ostatniej instancyi nietylko owego młodego człowieka, który w wymieniony sposób użył pastylki sublimatowej, ale i właściciela składu materyałów aptecznych, który ową pastylkę sprzedał bez recepty lekarskiej, na 5 miesięcy więzienia.

— Już nieraz podczas epidemii influency spostrzegano powiększenie się liczby przypadków chorób umysłowych i samobójstw. Toż samo się stało w Kwietniu r. b. podczas epidemii influency w Paryżu, gdzie dzienna średnia samobójstw, wynosząca dla Kwietnia 21. doszła do 39 a zatem prawie się podwoiła. Ze samobójców przypada 78% na mężczyzn a 22% na kobiety.

— W dniu 16. Sierpnia r. b. zdał Dr. Simpson Towarzystwu lekarskiemu w Kalkucie sprawę ze szczepienia cholery sposobem Haffkina, o którem wspominaliśmy już dawniej w *Przeglądzie lekarskim*. Postrzeżenia Dra Simpsona odnoszą się do 4397 osób a dowodem szczególniejszym skuteczności tego szczepienia ma być następująca okoliczność: W 36 domach w Kalkucie, znajdujących się w dzielnicy osobliwie przez cholerę nawiedzanej, mieszkało osób 521, z których szczepiono 181, nie szczepiono zaś 340. Z 340 nieszczepionych zachorowało na cholerę 45 a umarło 35, z 181 zaś szczepionych zachorowało 4 i wszyscy pomarli. Z tych 4 osób zmarłych jedno było dzieckiem, któremu tylko zrobiono jedno wstrzyknięcie (z reguły robi się ich dwa), 3 zaś osoby zmarły w trzech pierwszych dniach po szczepieniu, Dr. Simpson wnosi ze swych spostrzeżeń, że w 5 do 8 dni po szczepieniu niebezpieczeństwo zachorowania na cholerę jest 20 razy a niebezpieczeństwo śmierci 18 razy mniejsze dla szczepionych, niż dla nieszczepionych. Rzecz ta jednak nie jest jeszcze całkiem pewna, gdyż w niektórych miejscach, jak n. p. w Luknowie, procent zachorowania u szczepionych (13·53) i nieszczepionych (18·75) był prawie jednaki.

— Istniejący od lat 30 w Wiedniu zakład prywatny leczniczy Dra Albina Edera przeszedł na własność Dra Juliusza Furtha, który otrzymał już od Namiestnictwa dolno-austryackiego koncesyą na prowadzenie zakładu. Zakład ten umieszczony w dwóch nowych budynkach, z wzorowo urządzonemi salami operacyjnemi, prowadzić będzie nowy właściciel stósownie do postępu czasu i nauki.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 39. Rydygier: Przyczynek do techniki wycięcia odźwiernika. H. Gotard: Trzy przypadki zgorzeli kończyn u młodych ludzi. H. Strauss i F. Białokur: O zależności fermentacyi mlecznej w soku żołądkowym od zawartości kwasu solnego (dok.). — W *Medycynie* Nrze 39. J. Gromadzki: Dwa

przypadki pęknięcia macicy podczas porodu, leczone na drodze operacyjnej (*extirpatio uteri totalis per laparotomiam*) (dok.). W. Palmirski i W. Orłowski: Wpływ rożnych czynników fizycznych na surowicę przeciwbłoniczą (dok.). — *Przewodnik higieniczny* z Września nie zawiera żadnej pracy oryginalnej.

Już po zamknięciu niniejszego numeru otrzymujemy wiadomość, iż w dniu 2. b. m. po długich i ciężkich cierpieniach zgasł w Krakowie w 77. roku życia Dr. **Józef Oettinger**, b. profesor historyi medycyny w Uniw. Jagiell., b. redaktor *Przeglądu lek.*, mąż wielorako nauce, krajowi i miastu zasłużony.

Na tem dziś kończymy, zostawiając do jednego z najbliższych numerów naszego pisma podanie szczegółów z życia i działania Zmarłego.

**Towarzystwo lekarskie krakowskie** odbędzie we Środę dnia 9. Października b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Obaliński przedstawi chorych z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza, poczem będzie mówił kol. Słapa: *O zachowaniu się prątka błoniczego w przypadkach błonicy leczonych surowicą swoistą.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.